



Comunicaciones Orales

-1-

EL GRADIENTE DE PRESIÓN VENOSO HEPÁTICO Y LA BIOPSIA HEPÁTICA TRANSYUGULAR EN LOS PACIENTES CON HEPATOPATÍA CRÓNICA E INSUFICIENCIA RENAL

Sami Aoufi Rabih, Rebeca García Agudo, Francisco Pérez Roldán, Freddy Guzmán Ames, Pedro González Carro, Francisco Ruiz Carrillo, Rubén Cuesta Domínguez.

COMPLEJO HOSPITALARIO LA MANCHA-CENTRO, ALCÁZAR DE SAN JUAN.

INTRODUCCIÓN.-

La hipertensión portal (HTP) es la complicación más frecuente en la cirrosis y conlleva una elevada morbimortalidad. La medición del gradiente de presión venoso hepático (GPVH) constituye el método de referencia para la estimación de la HTP. El objetivo de este estudio fue determinar el GPVH y la actividad necroinflamatoria y fibrosis hepáticas mediante biopsia transyugular en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) y hepatopatía para establecer la correlación con los datos analíticos y radiológicos y valorar la conveniencia de un tratamiento previo a la progresión a ERC avanzada o al trasplante renal, así como evaluar la rentabilidad y seguridad de la técnica en la ERC.

MÉTODO.-

Se derivaron a la Consulta de Hepatología 11 pacientes con ERC y hepatopatía para la valoración de su situación hepática mediante una biopsia hepática transyugular para analizar la severidad histológica con el índice METAVIR, así como excluir causas concomitantes de disfunción hepática, y en un mismo tiempo medir el GPVH para confirmar la HTP. Los antiagregantes plaquetarios fueron suspendidos 5-7 días antes, según la gravedad de la cardiopatía isquémica. Se citó a los hemodializados en un día de no diálisis, habiendo realizado hemodiálisis el día previo y sin heparina.

RESULTADOS.-

El procedimiento se efectuó en seis pacientes de los 11 seleccionados: un trasplante renal; dos fueron excluidos por poliquistosis hepática y fibrosis dérmica por quemadura grave; dos rechazaron la exploración. Las características de los sujetos estudiados se muestran en la tabla 1. Ningún paciente tuvo complicaciones secundarias.

CONCLUSIÓN.-

Nuestros datos sugieren que el GPVH y la biopsia hepática son útiles para evaluar correctamente a los pacientes con ERC y hepatopatía y definir a los candidatos a tratamiento antiviral y trasplante hepático, por lo que sería recomendable su inclusión en el estudio de hepatopatía en los sujetos con ERC.

-2-

¿EL DOLOR ABDOMINAL INESPECÍFICO, ES SIEMPRE DE ORIGEN FUNCIONAL? CONTRIBUCIÓN A SU TIPIFICACIÓN, MEDIANTE LAPAROSCOPIA CON ANESTESIA LOCAL. CASOS CLÍNICOS REPRESENTATIVOS DEL HEMIABDOMEN INFERIOR.

M Moya Valdés, E San Miguel Amelivia

UNIDAD DE ENDOSCOPIAS. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GETAFE. MADRID

1.- Origen parietal. Paciente mujer de 49 años, con fialgia recurrente y distensión abdominal. Exploraciones complementarias: determinaciones de laboratorio, tránsito de intestino delgado, ecografía y colonoscopia sin alteraciones. Laparoscopia: se visualiza hernia de Spiegel sin contenido en su interior. Diagnóstico: Hernia de Spiegel. Se operó (malla) y quedó asintomática.

2.- Origen ginecológico. Paciente mujer de 31 años, dolor recurrente en hipogastrio y en FID ocasionalmente en coincidencia con el ciclo menstrual de un año y medio de evolución. Exploraciones complementarias: leucocitosis y aumento de PCR en urgencias. CT abdomino pélvico con sospecha de absceso tubárico, microabscesos hepáticos, perihepatitis o colangitis. Laparoscopia: se visualizan adherencias sobre la superficie del LHD y en peritoneo parietal nódulos pequeños rojizos o marrones. En apéndice y peritoneo de la FID, nódulos similares. En cavidad pélvica: útero y anejos muy edematosos englobados entre adherencias. Diagnóstico: Endometriosis pélvica evolucionada e implantes en apéndice y peritoneo. Se remitió a la paciente a Ginecología para tratamiento.

3.- Origen apendicular. Paciente varón de 20 años, dolor recurrente en epigastrio-FID de más de 3 años de evolución. Exploraciones complementarias: determinaciones de laboratorio, ecografía abdominal y RNM, sin alteraciones. Laparoscopia: se observa en FID, que el ciego está adosado al peritoneo parietal que presenta hipervascularización y apéndice engrosado, con la punta congestiva y una zona de color amarillento sugerente de secreción mucosa retenida. Diagnóstico: Apendicopatía con ¿mucocele? El paciente se remitió a Cirugía y está pendiente de intervención.

4.- Origen adherencial con tratamiento laparoscópico. Paciente mujer de 50 años, apendicectomizada a los 10 años que presenta desde hace 1 año fialgia recurrente, con clara relación postural. Exploraciones complementarias: determinaciones de laboratorio, estudio ginecológico, ecografía abdominal y enema opaco normales. Laparoscopia: se observa en FID una adherencia de inserción fina pero que produce arrastre de todo el epiplon, localizada en la cicatriz de apendicectomía, sección de la misma. Diagnóstico: adherencia post cirugía apendicular que se secciona quedando asintomática.

5.- Origen Adherencial con tratamiento quirúrgico. Paciente mujer de 53 años. Histerectomizada 4 años antes. Refiere que

desde entonces presenta cuadros de dolor a nivel de la cicatriz media infraumbilical acompañados de distensión abdominal frecuentemente en decúbito. Exploraciones complementarias: determinaciones de laboratorio, ecografía de abdomen y colonoscopia normales. Laparoscopia: se observa asa de intestino delgado adosada al peritoneo parietal a nivel de la cicatriz descrita. Se le realizó bridolisis quirúrgica y quedó asintomática.

Presentamos de forma muy concisa estos casos clínicos representativos de diferentes procesos, que tienen en común unos resultados que no determinan el diagnóstico con estudios convencionales, para alertar sobre la discordancia entre esos estudios y la expresividad de los hallazgos laparoscópicos que permitieron diagnosticar e indicar los correspondientes tratamientos con claro beneficio para los pacientes portadores del procesos con organicidad pero que con frecuencia pueden ser interpretados como de origen funcional.

-3-

LA DENSIDAD MINERAL ÓSEA SE RELACIONA CON EL GRADO DE LESIÓN MUCOSA DUODENAL EN LOS PACIENTES ADULTOS EN EL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO: UN ESTUDIO PROSPECTIVO.

*Alfredo J Lucendo, Álvaro García Manzanares,
Sonia González Castillo, Danila Guagnozzi,
Teresa Angueira Lapeña y Jose María Tenias Burillo.*

HOSPITAL GENERAL DE TOMELLOSO,
HOSPITAL GENERAL MANCHA CENTRO.

OBJETIVO. Nuestro estudio pretende estimar la prevalencia de baja densidad mineral ósea en una serie prospectiva de pacientes diagnosticados de enfermedad celiaca en la edad adulta. Además, tratamos de identificar los factores nutricionales y metabólicos asociados con osteoporosis y osteopenia.

MATERIAL Y MÉTODOS. Se realizó un diseño transversal. Todos los pacientes mayores de 16 años que fueron diagnosticados de enfermedad celiaca en la Sección de Aparato Digestivo del Hospital General de Tomelloso entre 2008 y 2010 fueron reclutados para este estudio. Los criterios de inclusión fueron enfermedad celiaca de diagnóstico en la edad adulta, en base a histología compatible en las biopsias duodenales, síntomas sugestivos, pruebas serológicas y genéticas positivas y recuperación tras dieta sin gluten. En todos los pacientes se realizó una densitometría ósea por absorciometría de rayos X de doble energía (DEXA) sobre la cadera izquierda y la columna lumbar (L2-L4). Se excluyeron causas secundarias de baja densidad mineral ósea mediante un análisis de parámetros nutricionales y hormonales.

RESULTADOS. Fueron reclutados 40 pacientes (36 mujeres /4 varones) con edades entre 18 y 68 años (media 41.25). Globalmente, el 58% de los celíacos presentaron al momento del diagnóstico baja densidad mineral ósea en alguna localización. El riesgo de fractura de cadera calculado mediante la herramienta FRAX de la OMS fue bajo en pacientes sin atrofia duodenal (Marsh I y II), y moderado en aquellos con atrofia (Marsh III) ($p=0.011$). También se observaron diferencias en el riesgo de sufrir una fractura principal de acuerdo con el estadio de Marsh ($p=0.015$). Se apreciaron diferencias estadísticas en el estado nutricional entre pacientes con y sin atrofia duodenal, siendo el índice de masa corporal, y los niveles séricos de prealbúmina, hierro, vitamina D y ácido fólico significativamente menores en caso de Marsh III. No se observaron diferencias en los niveles hormonales entre estadios de Marsh o estado de densidad ósea. El grado de pérdida de masa ósea a nivel de la columna lumbar también se

correlacionó directamente con el estadio de Marsh. A nivel de la cadera, también se observó una asociación paralela entre la densidad mineral ósea y el estadio de Marsh, pero sin alcanzar significación estadística.

CONCLUSIÓN. La atrofia vellositaria duodenal, operando a través de malabsorción, fue el principal factor determinante de la densidad mineral ósea en los pacientes celíacos diagnosticados en la edad adulta.

-4-

ESOFAGITIS NECROTIZANTE AGUDA: ANÁLISIS RETROSPECTIVO.

Sancho del Val L, Herranz Bachiller MT, Barrio Andrés J, Atienza Sánchez R, Lorenzo Pelayo S, Alcaide Suárez N, Ruiz Zorrilla L, Vargas García AL, Peñas Herrero I, Torre MA Pérez-Miranda Castillo M, Caro-Patón A*

SERVICIO APARATO DIGESTIVO Y ANATOMÍA PATOLÓGICA *. HOSPITAL UNIVERSITARIO RIO HORTEGA. VALLADOLID.

INTRODUCCIÓN.

La esofagitis necrotizante aguda (ENA) es una entidad rara con un mecanismo desconocido aunque parece que el compromiso isquémico es el factor fisiopatológico fundamental. La forma de presentación más común es en forma de HDA. El diagnóstico es endoscópico.

MÉTODOS.

Estudio retrospectivo de los casos diagnosticados mediante gastroscopia de ENA en nuestro servicio desde Febrero de 2008-Febrero 2011. Se han excluido los casos de ingesta de cáusticos.

RESULTADOS.

En este periodo, se realizaron 10.538 gastroscopias y se diagnosticaron 7 casos de ENA, que representa el 0.06%. De éstos, 6 varones y 1 mujer, con edad media de 52 años. La manifestación inicial fue HDA en 4 casos, epigastralgia en 2 y disfagia en uno. Como enfermedad de base: cardiopatía isquémica, FRCV (HTA, DM, dislipemia), EPOC e ingesta enólica (>40 gr/día) en 4 casos.

El estado nutricional es bueno, salvo en un caso.

El diagnóstico es endoscópico: mucosa esofágica friable, negruzca, con úlceras y exudado con línea Z normal. La afectación esofágica es total en 3 casos, tercio distal en 3 casos y un caso del tercio medio hasta la unión. Otros hallazgos endoscópicos: son la gastroduodenitis no erosiva, hernia de hiato y en un caso estomago de retención. Se toman biopsias que muestran necrosis mucosa o submucosa y se descartan otras patologías e infección por virus u hongos. Estancia media: 14 días. Recibieron tratamiento con IBP y fluidoterapia. No necesitaron de nutrición artificial. No complicaciones locales en el seguimiento. Fallecieron 2 casos, uno a los 19 días por shock distributivo y otro a los 85 días por fallo multiorgánico.

CONCLUSIONES.

La incidencia en nuestro centro es menor a la recogida en la literatura, pero si analizamos el año 2010 (5 casos) la prevalencia es el 0.14%. Esta entidad infradiagnosticada se ha de sospechar en varones, en la 6ª década de la vida y con comorbilidades importantes, que debutan con HDA. Las situaciones de bajo gasto parecen ser la causa, potenciado por situaciones de malnutrición y alteración de la barrera mucosa gastroduodenal por el ácido gástrico. El diagnóstico es endoscópico y la histología no es prioritaria. El manejo es conservador, con IBP. Ningún paciente presentó complicaciones. La mortalidad fue del 28% no en relación al episodio de ENA.

-5-

¿QUÉ PAPEL JUEGA LA INYECCIÓN DE TOXINA BOTULÍNICA EN EL TRATAMIENTO DE LA ACHALASIA ESOFÁGICA?

Martínez Fernández R, Gómez Ruiz CJ, Serrano Sánchez L, Jimeno Ayllón C, Pérez García JI, Morillas Ariño J, Pérez Sola A
SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL VIRGEN DE LA LUZ. (CUENCA)

INTRODUCCIÓN. La achalasia es un trastorno de la motilidad esofágica de causa desconocida caracterizado por aperistalsis del cuerpo esofágico y ausencia de la relajación del esfínter esofágico inferior con la deglución. Los tratamientos que han alcanzado mayores tasas de éxito son la dilatación neumática, más efectiva en mujeres y ancianos, y la miotomía laparoscópica, con preferencia en jóvenes hombres. La inyección de toxina botulínica 1 cm sobre la línea Z en los 4 cuadrantes, con 20-25 unidades c/u, se reserva para pacientes ancianos o con comorbilidad en los que están contraindicados los tratamientos anteriores.

OBJETIVOS. Describir la evolución de los pacientes diagnosticados de achalasia en nuestra área de salud que han recibido tratamiento con toxina botulínica.

MATERIAL Y MÉTODOS. Tras revisar las historias clínicas de los pacientes diagnosticados de achalasia y tratados con toxina botulínica en nuestro centro, se confeccionó una base de datos informatizada incluyendo diferentes datos de su evolución. Se realiza un estudio descriptivo, retrospectivo, mediante el programa estadístico SPSS v.0. 11

RESULTADOS. Casos: 11 (6 hombres, 5 mujeres). Edad media 71 años (61-86). Los síntomas principales ordenados de mayor a menor frecuencia, fueron: disfagia (100%), sensación de nudo retroesternal (45.5%), pérdida de peso y vómitos (ambos 27.3%). 10 de los 11 pacientes (90.9%) tenían manometría compatible con achalasia, en 6 (54.5%) la gastroscopia también lo era y sólo en 3 (27.3%) el tránsito corroboraba lo anterior. 4 de los 11 pacientes (36.4%) habían recibido tratamiento previo con nifedipino, y en 1 (9%) se había realizado dilatación neumática previa, sin mejoría. El tiempo medio entre el diagnóstico y la primera dosis de toxina fue de 8.2 meses. 4 pacientes (36.4%) recibieron sólo 1 sesión, 6 (54.5%) necesitaron 2 sesiones y 1 (9.1%) precisó 4. El 81.8% de los pacientes notaron mejoría desde la primera sesión con una duración media del efecto de 9.1 meses (1-29).

CONCLUSIONES. En nuestra área de salud la toxina botulínica se utiliza por igual en hombres y en mujeres, en torno a los 70 años, presentando todos ellos disfagia como síntoma cardinal y diagnosticados mediante manometría en su mayoría. Más de la mitad de ellos necesitan al menos 2 sesiones de inyección, si bien, un elevado porcentaje presentan mejoría desde la primera sesión, con una duración media del efecto cercana al año.

-6-

RELACIÓN DE LOS DISTINTOS GENOTIPOS IL28B CON LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO ANTIVIRAL DE LOS PACIENTES CON HEPATOPATÍA CRÓNICA VIRUS C.

Hidalgo Aguirre L, Sánchez Ruano JJ, Guardiola Arévalo A, Artaza Varasa T, Romero Gutierrez M, y Gómez Rodríguez RA.
SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE TOLEDO

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS.- El tratamiento actual de la hepatopatía crónica virus C (HC HVC) consiste en la combinación de interferón pegilado (PEG-IFN) y ribavirina (RBV) con el que se

consiguen porcentajes de respuesta viral sostenida en torno al 50%. Se han identificado varios factores del virus y del huésped que influyen en la respuesta al tratamiento. Recientemente se ha descrito que polimorfismos en la región del gen IL28B se asocian con la respuesta al tratamiento. El objetivo de nuestro estudio fue confirmar la relación de los distintos genotipos IL28B y la respuesta al tratamiento antiviral, así como su influencia en la cinética viral en nuestra población con HC HVC.

MÉTODOS.- Se incluyeron 35 pacientes con HC HVC tratados con PEG-IFN y RBV en los que se había realizado el estudio molecular directo del SNP rs12979860 del gen IL28B mediante PCR de Discriminación Alélica con sondas Taqman?. Se compararon estadísticamente los distintos genotipos obtenidos mediante esta técnica con la respuesta viral conseguida en las distintas fases del tratamiento.

RESULTADOS.- Los 35 pacientes genotipados (24 varones y 11 mujeres) eran de raza caucásica con una edad media de 48,57 años. 23 de ellos pertenecían al genotipo 1, uno al genotipo 2, siete al genotipo 3 y cuatro al genotipo 4. La carga viral media fue de 3650000 UI/ml, presentando más del 77% carga viral elevada. En 32 de ellos conocíamos la severidad de la hepatopatía mediante biopsia hepática o Fibroscan?, siendo en 16 casos el estadio de fibrosis F \leq 2 y en 9 casos existía ya una cirrosis. En 16 de los pacientes disponíamos ya de datos del final del seguimiento (24 semanas después de finalizar el tratamiento). El genotipado IL28B identificó el genotipo CC en 13 pacientes (37,14%), el CT en 18 pacientes (51,43%) y el TT en 4 pacientes (11,43%). Analizados por separado los pacientes con genotipo viral 1 y 4, comprobamos que el genotipo CC IL28B se asoció a una mejor cinética viral, presentando los pacientes con este genotipo mayores posibilidades de respuesta viral rápida (44,44%), respuesta viral precoz (88,89%), respuesta viral precoz completa (100%), respuesta al final del tratamiento (100%) y respuesta viral sostenida (75%) que los pacientes CT/TT (23,53%, 43,75%, 75%, 50% y 40% respectivamente), aunque probablemente por el tamaño muestral sólo la diferencia en los porcentajes de respuesta viral precoz alcanzó significación estadística (p=0,037). Cabe destacar que ningún paciente con el genotipo TT consiguió respuesta viral sostenida.

CONCLUSIONES.- En pacientes con HC HVC genotipos 1 y 4 tratados con PEG-IFN y RBV los polimorfismos en la región del gen IL28B se relacionan claramente con la posibilidad de respuesta viral sostenida y con la cinética viral en las distintas fases del tratamiento.

-7-

MANEJO ENDOSCÓPICO DE LAS ESTENOSIS ESOFÁGICAS BENIGNAS POSTLARINGUECTOMÍA.

Vaquero L, García M, Álvarez B, Pisabarrros C, Díez R, Muñoz F, Espinel J, Olcoz JL.

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LEÓN.

INTRODUCCIÓN. La dilatación endoscópica es el método de elección en la mayoría de los pacientes que presentan estenosis esofágicas benignas secundarias a cirugía en la región laríngea.

OBJETIVOS. Evaluar la utilidad de la dilatación endoscópica en las estenosis esofágicas postlaringuectomía.

PACIENTES Y MÉTODOS. Se analizaron de manera retrospectiva desde Junio de 1999 hasta Junio 2011, todos los pacientes laringuectomizados que precisaron dilatación endoscópica recogidos en la base de datos de endoscopias del Hospital de León. Las estenosis fueron tratadas mediante dilatación neumática bajo control

radiológico. Analizamos el número total de dilataciones que recibió cada paciente, fecha de la primera y de la última y el diámetro del balón utilizado inicialmente. También se recogió la causa de la cirugía y si habían recibido tratamientos coadyuvantes.

RESULTADOS. Fueron incluidos un total de 13 sujetos con estenosis esofágicas a nivel cervical (media 63 años, rango 43-90), el 92% varones. En todos ellos la indicación de la laringuectomía era cáncer en la región ORL. El 92% recibió radioterapia sobre la zona, y 4/13 (31%) quimioterapia sistémica. El tiempo medio desde que se realizó la cirugía hasta la primera dilatación fue 6,9 años (rango 3-282 meses). Cada sujeto recibió como media 3,85 dilataciones (rango 1-10), durante un tiempo medio de 25 meses (rango 0-92). En 6/13 (46%) de los pacientes el diámetro del balón utilizado en la primera dilatación fue de 15mm, en 4/13 (31%) se utilizó un balón de 12mm. En un caso fue necesaria la colocación de una prótesis recubierta esofágica por falta de respuesta. En un paciente ocurrió una fístula esofágica postdilatación resuelta mediante una prótesis recubierta; no sucedieron otro tipo de complicaciones.

CONCLUSIONES. La dilatación endoscópica puede ser una técnica eficaz y segura en las estenosis esofágicas secundarias a laringuectomía, aunque suelen ser necesarias sesiones repetidas.

-8-

CARACTERÍSTICAS DE LA ENTERITIS LINFOCÍTICA DUODENAL SEGÚN SU ASOCIACIÓN O NO CON LA ENFERMEDAD CELIACA.

Pisabarrros C, Alvarez B, García M, Vaquero L, De Miguel A, Arias L, Linares P, Vivas S y Olcoz JL.

COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN

INTRODUCCIÓN. La enfermedad celiaca es una enteropatía inducida por el gluten que está mediada por mecanismos inmunes en sujetos predispuestos genéticamente. Actualmente se está observando un aumento de los casos de enteritis linfocítica sin atrofia vellositaria en familiares de celíacos, funcionales y en los pacientes con sospecha de enfermedad celiaca.

OBJETIVO. Definir las características de la población linfocitaria intraepitelial en ausencia de atrofia vellositaria y compararla respecto a la EC típica.

PACIENTES Y MÉTODOS. Estudio descriptivo transversal y comparativo donde los sujetos fueron recogidos de la consulta de Digestivo del área de León. Todos los pacientes tenían como mínimo una gastroscopia previo consentimiento, con biopsias duodenales y algunos de antro para *Helicobacter pylori*. Las muestras eran procesadas por inmunohistoquímica (IHQ) en el servicio de Anatomía patológica para el conteo de linfocitos CD3 y en el servicio de Inmunología, donde se realizaba una citometría de flujo para estudio de las poblaciones linfocitarias.

RESULTADOS. Fueron incluidos en el estudio 132 pacientes: controles no celíacos (40%), enfermos celíacos en dieta con gluten (10%), enfermos celíacos en dieta sin gluten (14%), familiares de enfermos celíacos DQ positivo (13%), y el resto sujetos con patología funcional digestiva (23%).

En el grupo de celíacos encontramos mayor número de linfocitos gamma-delta por citometría y de CD 3 por IHQ ($p < 0,001$). Por el contrario el porcentaje de linfocitos natural killer en este grupo estaba disminuido alcanzando significación estadística ($p = 0,015$).

Tras analizar los diferentes grupos celulares observamos que a medida que aumentaban los gamma-delta o los CD3 por IHQ disminuían los natural killer. Sin embargo, la relación entre los gamma-delta y los CD3 era directa.

Cuando analizábamos las poblaciones linfocitarias de las biopsias sin atrofia pero con aumento de linfocitos intraepiteliales (enteritis linfocitaria o Marsh I) encontramos mayor número de gamma-delta en el grupo de celíacos ($p = 0,001$) frente a los no celíacos (sin incluir a los familiares DQ+). No observamos asociación entre la infección por *H pylori* y linfocitosis duodenal.

CONCLUSIONES. Los pacientes con enfermedad celiaca presentaban un linfograma característico. Los linfocitos intraepiteliales en los sujetos celíacos se diferencian de los que presentan los controles no celíacos y los funcionales en el mayor número de linfocitos gamma-delta. El *Helicobacter pylori* no presentó asociación con la enteritis linfocitaria

-9-

CÁNCER COLORRECTAL EN PACIENTES OCTOGENARIOS: RESULTADOS INICIALES TRAS TRATAMIENTO QUIRÚRGICO.

Carlos Cerdán, Marta Vigará**, Mario Ortega*, Fernando Jiménez*, Fernando Esteban*, Jaime Zuloaga* y Javier Cerdán***

SERVICIO DE CIRUGÍA 2. **SERVICIO DE GERIATRÍA. HOSPITAL CLÍNICO "SAN CARLOS". MADRID.

INTRODUCCIÓN.

El Cáncer Colorrectal (CCR) es el tipo de neoplasia gastrointestinal más frecuente y, como el tamaño de la población geriátrica es cada vez mayor, el número de pacientes con este tipo de patología crece igualmente. En muchas series, la morbi-mortalidad perioperatoria ha sido elevada y como consecuencia, cuestionada la indicación de tratamiento quirúrgico.

MATERIAL Y MÉTODO.

Se realiza un análisis retrospectivo de una cohorte de pacientes mayores de 80 años que habían sido sometidos a tratamiento quirúrgico de Cáncer Colorrectal de forma electiva.

Las variables clínicas estudiadas son edad, sexo, localización tumoral, tipo de intervención, estadio anatomopatológico, complicaciones y mortalidad postoperatoria (30 días tras la cirugía).

Se han incluido los descriptivos habituales y el test Chi2 para varios factores.

RESULTADOS.

Entre enero de 1990 y diciembre de 2009 se han operado de forma electiva 301 pacientes mayores de 80 años (21,1% del total de pacientes); 152 hombres (50,5%) y 149 mujeres (49,5%), con una edad media de 83,5 años (rango de 80 a 96).

En cuanto a la localización tumoral: colon ascendente, 76 (25,2%); colon transversal, 18 (6%), colon descendente, 23 (7,6%); sigma, 57 (18,9%) y recto 127 (42,2%). Se identificaron tumores sincrónicos en 11 casos (3,7%).

Se realizó cirugía con intención curativa en el 82,4% de los casos, con porcentajes similares en pacientes menores de 80 años (83,7%; $p = 0,281$) y menores de 70 años (85,9%; $p = 0,344$). El procedimiento quirúrgico fue el indicado en función de la localización tumoral.

La distribución según el estadio anatomopatológico fue la siguiente: estadio I, 58 (19,2%); estadio II, 97 (32,3%); estadio III, 92 (30,6%) y estadio IV, 54 (17,9%).

Las complicaciones que se registraron fueron las siguientes: infección de herida, 49 (16,3%); infección de tracto urinario, 33 (11%); complicaciones cardio-respiratorias, 31 (10,3%); íleo postoperatorio, 31 (10,3%); absceso peritoneal, 13 (4,3%); evisceración, 12 (4%); fístulas anastomóticas, 7 (2,82%) y hemoperitoneo, 4 (1,3%).

La tasa de mortalidad peroperatoria fue del 2%, que corresponde a 6 casos de los cuales 3 fueron por complicaciones generales y otros 3 por complicaciones quirúrgicas.

CONCLUSIONES

- Los pacientes mayores de 80 años representan un 21,1% de los pacientes operados en nuestra unidad por cáncer de Colon y Recto.
- El número de intervenciones con intención curativa es el mismo que en pacientes menores de 80 años.
- Una técnica quirúrgica correcta, así como la optimización en la preparación preoperatoria y los cuidados postoperatorios de estos pacientes pueden contribuir a una baja morbilidad; 2% en nuestra serie.
- La edad no es un factor pronóstico independiente significativo en pacientes con Cáncer Colorrectal.

-10-

UTILIDAD DE LA ULTRASONOGRAFÍA ENDOSCÓPICA EN EL DIAGNÓSTICO DE METÁSTASIS PANCREÁTICAS

M.L. Legaz; R. Villanueva; A.I. Amigo; A.M. García;
M. Ynfante; O. Roncero; P. Gonzalez; F. Ruiz; F. Pérez;
N. Sánchez-Manjavacas; S. Aoufi

UNIDAD DE APARATO DIGESTIVO, SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA Y
ONCOLOGÍA. HOSPITAL GENERAL MANCHA CENTRO.
ALCAZAR DE SAN JUAN.

INTRODUCCIÓN

Las lesiones focales de páncreas son causadas habitualmente por procesos inflamatorios o por tumores primarios, siendo menos frecuentes las metástasis pancreáticas que representan el 2% de los tumores malignos del páncreas. Las más frecuentes son las de tumores primarios de riñón, mama, pulmón, melanoma y colon. En la mayoría de los casos son metacrónicas y de aparición tardía en relación al diagnóstico del tumor primario. Las características ultrasonográficas y el estudio citológico del material obtenido mediante punción aspirativa guiada por ultrasonografía endoscópica (USE-PAAF) resultan de gran utilidad en la diferenciación de estas lesiones, siendo especialmente importante la identificación de lesiones metastásicas por las implicaciones terapéuticas y pronóstica

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de los casos diagnosticados mediante USE-PAAF de metástasis pancreáticas en nuestra Unidad de Endoscopia Digestiva desde Enero de 2007 a Julio de 2011.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio se realizaron 95 ecoendoscopias con PAAF sobre lesiones focales de páncreas y se diagnosticaron 7 casos de metástasis pancreáticas de diferente origen: melanoma, carcinoma renal de células claras, carcinoma pulmonar de células pequeñas, adenocarcinoma de colon, carcinoma de mama, citodenoocarcinoma de ovario y carcinoma de vejiga urinaria. De los 7 pacientes incluidos 4 eran hombres y 3 mujeres, la media de edad de 69 años (con límites 56-81). En todos los casos, el intervalo de tiempo transcurrido desde el diagnóstico y el tratamiento de la neoplasia primaria fue largo (1 a 14 años). La localización de las lesiones fue 3 en istmo, 1 en cabeza, 1 en cuerpo, 1 en cola y uno difuso que ocupaba cuerpo y cola. En 5 de 7 pacientes el tumor era único, en 1 se identificaron 2 lesiones focales y en 1 fue difuso. El tamaño medio de las lesiones fue 6,4 cm (límites entre 2,5 -14 cm). Desde el punto de vista ecográfico, en 6 de los casos se trataba de lesiones bien definidas y delimitadas, 5 de aspecto sólido homogéneas, iso o hipocogénicas y 1 quística. La USE-PAAF con aguja de 22 G y 25 G permitió obtener material adecuado para el diagnóstico citológico en 6 de los pacientes, así como determinaciones inmunocitoquímicas en los 3 casos en que fue necesario para la tipificación completa de las lesiones. En la lesión quística se obtuvo líquido que permitió estudio de marcadores tumorales. No hubo complicaciones.

CONCLUSIONES

En pacientes con historia antigua de enfermedad neoplásica, la aparición de una masa en páncreas, plantea como posibilidades diagnósticas: lesión metastásica o un nuevo (2º) tumor primario de páncreas, siendo importante el correcto diagnóstico para seleccionar el mejor tratamiento en cada caso. Los hallazgos ecoendoscópicos, si bien característicos, no permiten distinguir con fiabilidad entre una lesión metastásica o primaria de páncreas, siendo indispensable la obtención de una muestra para estudio citológico o histológico y el análisis inmunocitoquímico si se dispone de suficiente material. La USE-PAAF es una técnica mínimamente invasiva, segura y eficaz en diferenciar estas lesiones por lo que siempre será recomendable y necesaria ante sospecha de metástasis.